ITEM 280 : CONSTIPATION DE L'ENFANT

Constipation = stagnation des selles dans le colon, entraînant des selles trop rares, souvent volumineuses et dures
- Cause : **trouble de la propulsion colique** ou **trouble de l'évacuation rectale** (plus fréquent)
- Etat de rétention stercorale chronique, à l'origine de la symptomatologie chez l'enfant
- Motif fréquent de consultation de l'enfant (5%)

Physio

- **Nourrisson** : **défécation involontaire réflexe**, avec acquisition progressive de la sensation conscience de besoin d'émission des selles et de la possibilité de se retenir volontairement
- **Contrôle actif de l'exonération** : **acquis entre 2 et 4 ans**

Rôle de l'alimentation

= Responsable de la variabilité de fréquence et d'aspect des selles
- Possiblement responsable à elle seule d'une constipation sévère
- **Allaitement maternel** : selles fréquentes après chaque tétée
- **Allaitement artificiel** ou **diversification alimentaire** : selles moins fréquente, jusqu'à la constipation

Diagnostic

Int

- Naissance en France : **dépistage néonatal** de l'hypothyroïdie et de la mucoviscidose
- **Délai d'émission du méconium** : pathologique si **>48h de vie**
- **Régime alimentaire et hygiène de vie** : modalités d'allaitement et de diversification, recherche d'erreur diététique (hydratation, apports de fibres, boissons sucrées), habitudes de défécation, propreté
- **Caractéristiques de la constipation** : début brutal ou progressif, période néonatale, modification des habitudes alimentaires, des conditions de vie (école), difficultés psychosociales, suspicion de sévices sexuelles

SF

- Signes digestifs : **douleur abdominale, météorisme, rectorragie**
- Signes extra-digestifs : **hypothyroïdie**
- Signes urinaires : **infections urinaires répétées, énurésie** favorisée par les fécalomes
- Complication : **épisode sub-occlusif, encoprésie, retentissement psychologique**

SC

- **Examen abdominal** : bruits hydro-aériques, tympanisme à la percussion, météorisme, douleur provoquée à la palpation, fécalome, masse abdominale, orifices herniaires, cicatrice abdominale
- **Examen de la région anal** : antéposition anale, fissure anale, prolapsus, anite

± **Toucher rectal** : tonus anal, douleur, selles dans l'ampoule rectale, sténose
- Examen général : **croissance staturo-pondérale, état nutritionnel, région lombosacrée** (fossette, tache, poils)

En faveur d'une origine fonctionnelle

= **Rétention volontaire :** majorité des cas chez l'enfant → recherche de facteurs favorisants
- **Gêne mécanique** : **douleur anale**, **hypotonie pariétale abdominale**
- **Toilettes** : installation inadaptée, conditions d'accès difficiles, attitude de rétention à l'école
- **Régime alimentaire** : - Insuffisance d'hydratation et de fibres, faible volume de résidus (lait maternel)
  - Mauvaise reconstitution du lait artificiel, excès de farine ou d'épaississant
- Terrain : antécédents familiaux de constipation fonctionnelle, prise médicamenteuse (morphine), période d'acquisition de la propreté, handicap (inactivité physique), contexte psychosocial

En faveur d'une cause organique

- Terrain : - Nourrisson **< 18 mois**
  - Maladie systémique connu
  - Retard d'émission du méconium
  - Constipation primaire (début néonatal)
- Clinique : - Météorisme important, épisodes sub-occlusifs avec vomissements, débâcles de selles
  - Signes associés à une pathologie causale : hypothyroïdie…
  - Anomalie du périnée ou de la région sacrée
- Retentissement : cassure staturo-pondérale
- Echec de traitement symptomatique bien conduit

PC

→ Aucun examen complémentaire n'est justifié en cas de constipation fonctionnelle
- **ASP** : évaluer le degré de rétention stercorale d'une constipation sévère (aucun intérêt diagnostique)
- Recherche de cause organique : - **TSH, T4 :** hypothyroïdie
  - **Test de la sueur** : mucoviscidose
  - **Manométrie rectale** et **biopsies rectales étagées** : maladie de Hirschsprung
- **Rx rachis lombosacré, échographie** (jeune nourrisson) ou **IRM rachidienne** (enfant plus grand)

Complication

- Complication organique : - **Fissure anale**
  - **Prolapsus rectal**
  - **Perturbation durable définitive de la motricité colorectale**
- **Complication psychologique**, entraînant une pérennisation des troubles
- **Encoprésie** : émissions fécales involontaires chez un enfant en âge d'avoir acquis le contrôle de la défécation

<table>
<tr><td rowspan="5">Etiologie</td><td>Constipation fonctionnelle</td><td colspan="2">= 95% des cas de constipation chez l'enfant :
- Diagnostic clinique : existence de facteur favorisants, sans signe d'alerte et avec une bonne réponse au traitement
- TTT symptomatique : RHD ± traitement médicamenteux
➝ Aucun examen paraclinique justifié en l'absence de complications sévères</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Constipation organique</td><td colspan="2">= 5% des cas de constipation chez l'enfant : toujours à évoquer</td></tr>
<tr><td>Cause médicale</td><td>- Hypothyroïdie - Hypercalcémie - Anorexie mentale
- Maladie cœliaque - Diabète insipide - Encéphalopathie
- Mucoviscidose</td></tr>
<tr><td>Anomalie neuromusculaire</td><td>- Maladie de Hirschsprung
- Pseudo-obstruction intestinale chronique (POIC)</td></tr>
<tr><td>Obstacle anatomique</td><td>- Malformation anorectale haute ou basse
- Sténose anale congénitale ou acquise</td></tr>
<tr><td rowspan="6">TTT</td><td rowspan="2">Règles hygiéno-diététiques</td><td colspan="2">- Apprentissage de l'exonération : pédagogie, réassurance parentale
- Hygiène défécatoire : essai quotidien sans forcer ni contraindre, au mieux après un repas
- Amélioration des conditions pratiques : siège WC adapté, plots sous les pieds (poussée efficace), intervention auprès de l'établissement scolaire
- Mode de vie : horaires de repas réguliers, activité physique suffisante (natation)
- Arrêt des médicaments favorisant</td></tr>
<tr><td>Conseils diététiques</td><td>= Après enquête alimentaire : peu efficaces en cas de constipation sévère
- 1 à 2 biberons/jour d'eau ou apports hydriques suffisants à tout âge
- Apports en fibres (fruits, légumes, céréales) et en graisses végétales adéquats
- Correction d'erreur : modalité de reconstitution du lait, excès d'épaississant</td></tr>
<tr><td rowspan="3">TTTT médica-menteux</td><td colspan="2">➝ Prescrit en cas de chronicité ou sévérité des symptômes</td></tr>
<tr><td>Evacuation des selles accumulées (fécalome)</td><td>= Primordiale si nécessaire
- Lavement hypertonique (Normacol®) chez l'enfant > 3 ans
- En cas de refus de traitement par voie anale : forte dose de PEG par voie orale pendant 1 journée (Klean prep®)</td></tr>
<tr><td>Prévention de la réaccumulation</td><td>= Après évacuation de la stase stercorale, de manière continue pendant au moins 4 à 8 semaines, à dose suffisant pour obtenir des selles molles
- Laxatif osmotique à base de PEG (Forlax®, Transipeg®) : les plus efficaces
- Laxatif lubrifiant (Lansoÿl®, Laxamalt®, Lubentyl®) : moins utilisés
- Suppositoire dégageant du CO2 (Eductyl®) : associé aux laxatifs pour rééduquer la sensation de besoin</td></tr>
<tr><td colspan="2">Autres traitements</td><td>- Kinésithérapie (biofeedback) : en cas de constipation sévère avec asynchronisme abdomino-pelvien ou dysynergie anorectale mise en évidence à la manométrie rectale chez l'enfant > 8 ans
- Soutien psychologique : en cas de cause psychologique ou de conséquence psychosociale</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Suivi</td><td colspan="3">- Réévaluation après 4 à 8 semaines de traitement médicamenteux
➝ La persistance de symptômes sous traitement bien conduit à dose optimale est une indication à la recherche de cause organique (rarement retrouvée en l'absence d'autres signes d'alerte)</td></tr>
<tr><td>Evolution</td><td colspan="2">- Constipation fonctionnelle peu sévère : évolution généralement favorable
- Constipation sévère avec encoprésie : pronostic plus réservé selon l'ancienneté des troubles et la compliance au traitement, pouvant nécessité une prise en charge prolongée</td></tr>
</table>

MALADIE DE HIRSCHSPRUNG

Maladie de Hirschsprung = **absence de cellules ganglionnaires au niveau du plexus de Messner et Auerbach**, responsable d'un défaut de propulsion fécale dans la partie distale du tube digestif : 1 nouveau-né/5000
- Formes familiales, prédominance masculine
- Isolée ou associée à : **trisomie 21**, **syndrome polymalformatif, NEM 2**…
- Anomalie initiale toujours située dès la **région anale**, s'étendant au **recto-sigmoïde**, et **pouvant atteindre l'ensemble du colon**, voire du **tube digestif**

Diagnostic	SF	- En période néonatale (60-70%) : **retard à l'émission méconiale, syndrome occlusif** - Chez le nourrisson/enfant : - **Constipation sévère** - Signes évocateurs d'une cause organique : **météorisme important, vomissements, débâcles diarrhéiques, ralentissement pondéral** - Révélation tardive chez le grand enfant (forme anatomique courte) : **constipation chronique** avec accumulation de matières en amont de la zone aganglionnaire
	SC	**- Toucher rectal** : ampoule rectale vide, avec débâcle de selles et de gaz au retrait du doigt
	PC	- **ASP** : évalue le degré de distension colique et l'absence d'aération dans le rectum - **Lavement opaque** : disparité de calibre avec stagnation du produit de contraste en zone sus-jacente dilatée - **Manométrie rectale** : absence de **réflexe recto-anal inhibiteur** - **Biopsies rectales étagées** (**pince de Noblett** ou **chirurgicale**) = confirmation diagnostique : aganglionose et hyperplasie des fibres cholinergiques à la coloration à l'ACE
TTT	TTT chirurgical	= **Exérèse de la zone aganglionnaire** et **abaissement de l'intestin** innervé vers l'anus - A un âge et un état nutritionnel permettant une intervention chirurgicale en 1 temps - Après lavements quotidiens pour évacuation complète des selles
	- En cas d'échec ou d'entérocolite : **colostomie**, avec rétablissement de continuité ultérieur	